UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937 — N° 116

SUR
QUELQUES CAS DE PELADE REBELLES
TRAITÉS
PAR DES BAINS GÉNÉRAUX D'ONDES COURTES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Mai 1937

PAR

Jean-Henri SARTHOU

Né à Bordeaux (Gironde), **le 24 Août 1909**

Examinateurs de la Thèse

MM. RÉCHOU, professeur..... *Président.*
LEURET, professeur.....
JOULIA, agrégé..... *Juges.*
WANGERMEZ, agrégé....

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES
143, Rue d'Arès

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546507_0063

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937 — N° 116

SUR
QUELQUES CAS DE PELADE REBELLES
TRAITÉS
PAR DES BAINS GÉNÉRAUX D'ONDES COURTES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Mai 1937

PAR

Jean-Henri SARTHOU

Né à Bordeaux (Gironde), **le 24 Août 1909**

Examinateurs de la Thèse :

MM. RÉCHOU, professeur..... *Président.*
LEURET, professeur.....
JOULIA, agrégé..... *Juges.*
WANGERMEZ, agrégé....

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES
143, Rue d'Arès

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC.
Assesseur..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécrologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	SABBAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale..	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Chimie biologique et médicale.....	N.
Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREVY
Clinique odonto-stomatologique.....	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales)
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Médecine générale.....	PIÉCHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLÉE.

	MM
Chirurgie générale.....	MASSÉ. DARGET.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Physique médicale.....	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique.....	VITTE.

	MM.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique ..	WANGERMEZ.
Botanique	GIRARD.
Médecine légale.....	DERVILLÉE.
Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	DARGET.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Ophtalmologie..... M. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils trouvent dans ce modeste ouvrage, un faible témoignage de ma reconnaissance infinie.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRERE

Avec toute mon affection.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE,

LE LIEUTENANT ASSERQUET

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE WANGERMEZ

Radiologiste des Hôpitaux,
Chef adjoint du Service de Radiothérapie et de Curiethérapie
au Centre anticancéreux.

Nous lui exprimons ici notre profonde reconnaissance pour la grande bienveillance avec laquelle il nous a prodigué ses conseils et guidé dans notre travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,

Médecin des Hôpitaux,

Vice-Président de l'Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française,

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre,

Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a aidé de ses conseils, après nous avoir, durant notre stage dans son service, prodigué, en même temps qu'un enseignement élevé, les marques de sa haute bienveillance.

Quil soit assuré de notre infinie reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU

Professeur d'Electro-Radiologie et de Clinique
d'Electricité Médicale,
Directeur du Centre régional de lutte contre le Cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Docteur ès-Sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a témoignée et le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

LA PELADE

L'affection connue en France depuis Bazin sous le nom Pelade est nommée Alopécia areata ou Area Celsi en tous les autres pays. La définition symptomatique en a été donnée par Bateman en 1820 (1). « Cette singulière maladie, écrivait-il, est caractérisée par des taches chauves qui surviennent sur le cuir chevelu et qui sont entourées d'autant de cheveux qu'à l'état normal. Sur les plaques, la peau est lisse, propre et d'une blancheur remarquable. » La pelade est donc constituée, essentiellement, par l'apparition, en un ou plusieurs points du cuir chevelu, de plaques nues, entièrement dépourvues de tout cheveu. Ces plaques, ordinairement rondes et ovales, peuvent s'augmenter plus ou moins sur tout ou partie de leur pourtour. Ordinairement leur développement s'arrête après un temps et la repousse survient jusqu'à ce qu'il ne reste aucune trace de l'état morbide.

La pelade débute insidieusement. On a signalé, avant la chute des cheveux, l'existence d'un prurit local, d'un état d'hyperesthésie, de cryesthésie, etc. En fait, la pelade

(1) Bateman : Abrégé pratique des Maladies de peau (1820).

ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel perceptible, et la chute du cheveu en est le premier symptôme.

La plaque initiale. — Au début, si l'on peut examiner à temps le malade, c'est toute une pincée de cheveux qui tombe à la fois, laissant une plaque nue irrégulière. Mais, les jours suivants, la plaque se complète et s'arrondit jusqu'à prendre 2 ou 3 centimètres de diamètre, et alors son contour est devenu régulier. Dès le premier jour, autour de la touffe de cheveux tombés spontanément, l'épilation peut enlever sans douleur tous les cheveux qui tomberont tout seuls les jours suivants. Il est fréquent de remarquer un amincissement de la peau au niveau de la tache glabre, en sorte que sa surface est légèrement déprimée en soucoupe. En second lieu la peau est toujours lisse, unie et propre, sans rougeur, sans furfuration, sans aucun symptôme inflammatoire quelconque.

Le Cheveu peladique. — Le pourtour de la plaque peladique est jalonné, tant qu'elle est en voie de formation ou d'agrandissement, par une série de petits cheveux cassés, longs d'un demi-centimètre, plus gros en haut qu'en bas, effilés et décolorés vers leur point d'implantation. C'est le cheveu peladique, très caractéristique de l'affection, mais sa présence est transitoire car il disparaît lorsque la plaque est arrivée à son stade d'état et ne grandit plus.

Le cheveu peladique est un élément important de pronostic. Ce symptôme indique une pelade qui n'a pas achevé son extension.

La repousse. — Les cheveux peladiques ont disparu. La plaque va demeurer un certain temps, quelques semaines [illegible] quelques mois. Puis, si l'on examine la tête au jour frisant, on verra de petits cheveux fins et d'un blond pâle apparaître et couvrir peu à peu sa surface. Ce sont ces

poils de duvet qui vont faire les nouveaux cheveux. Ils grandiront en prenant plus de diamètre et en se recolorant peu à peu, jusqu'à ce que la plaque ait disparu complètement. En général donc, la pelade se guérit par retour complet de la région à l'état normal.

Plaques secondes. — Les pelades graves commencent exactement comme les bénignes et personne ne peut dire la gravité d'une pelade commençante. Dans les cas les plus sérieux, la plaque, une fois faite, semble avoir cessé de grandir. Mais, après quelques semaines où l'état reste stationnaire, on peut voir se produire sur un ou deux points du pourtour de la plaque première des encoches qui sont des plaques secondes dont chacune évoluera comme la première.

Non seulement une pelade peut grandir par des encoches autour de la plaque première, mais il peut apparaître une ou plusieurs plaques nouvelles en des points du cuir chevelu jusque là sains. Il est remarquable d'observer que la pelade commence on peut dire toujours par une plaque unique. C'est après un temps de repos, et en apparence d'incubation, que de nouvelles plaques apparaîtront. Chacune suivra la même évolution que la première. Leur évolution est indépendante et il n'est pas rare de voir des plaques s'étendre à côté de plaques en repousse; chacune paraît avoir une évolution autonome.

Pelade Décalvante. — Mais il y a des cas pires encore. Ceux-là ont commencé comme les autres par une plaque suivie après trois ou six semaines d'intervalle par plusieurs autres. Et il s'est encore produit un intervalle d'accalmie ordinairement plus court que le premier. Alors, on voit survenir des plaques nouvelles en grand nombre, et le cuir chevelu est tout découpé d'îlots chauves, de dimensions et de situations diverses; chaque plaque reprodui-

sant le tableau de la première et présentant sur ces bordures une rangée plus ou moins fournie de cheveux peladiques. On peut voir des cas pires encore; le processus morbide ne s'arrête point, la pelade va marcher vers la décalvation complète. Ce n'est plus sur des points limités que la chute va se produire, mais sur une multitude de points disséminés sur les régions encore indemnes. Bientôt la chute va s'égaliser partout. Partout où l'on essaie la solidité du cheveu, il vient à la main. Entre les grandes plaques, les plus anciennes, le cuir chevelu sera couvert de petites clairières comme dans l'alopécie spécifique. Et puis, l'alopécie s'égalisera et deviendra tout à fait complète et la tête se trouvera entièrement chauve. Telle est la pelade décalvante, qui peut ne pas laisser un cheveu sur la tête entière. Non seulement le cuir chevelu est dénudé, mais sa surface est devenue lisse et luisante; elle va rester telle pendant des mois, même si la repousse doit se produire ultérieurement, et très souvent, cette repousse se produira incomplète et le sujet ne retrouvera pas l'intégralité de sa chevelure. S'il la retrouve à peu près, au moins la nuque restera-t-elle trop haute et dégarnie. Et cela définitivement.

Pelade des sourcils, de la barbe, du corps. — Après le cuir chevelu, les sourcils peuvent être pris. Ils tombent le plus souvent d'une façon diffuse, sans plaque découpée bien nette. La pelade des sourcils augmente de beaucoup la gravité pronostique d'un cas donné. La repousse, si elle se produit au cuir chevelu, demandera deux fois plus de temps.

La barbe aussi peut être prise et même souvent la pelade commence par elle, le plus souvent sous la forme de deux plaques symétriques situées un peu au-dessous des deux trous mentonniers. La pelade de la barbe peut précéder celle du cuir chevelu.

De même les cils peuvent être pris, c'est ordinairement lorsqu'une décalvante achève de se constituer, mais on peut voir une pelade commencer par les cils.

La pelade du corps n'est pas aussi rare que l'on écrit tous les auteurs. On trouve souvent, chez les peladiques des plaques nues ordinairement de 7 et 8 centimètres de diamètre, par exemple à la fesse ou en bandes parfaitement délimitées suivant irrégulièrement la longueur d'un membre et alors le plus souvent symétriquement disposées des deux côtés.

Enfin la surface du corps peut perdre son poil entièrement. C'est à peine si sur quelques points on trouvera un poil isolé, ordinairement d'un blanc d'argent.

Pelade des ongles. — Il est aussi rare de trouver les ongles intacts dans les cas de pelade grave qu'il est rare de les trouver atteints dans les cas de pelade bénigne. Les altérations sont de types divers. Tantôt il s'agit d'une simple leuconychie. Ou bien les ongles sont devenus cassants et friables. Si on les examine, on les trouve alors striés, en longueur, de fissures très nombreuses, parallèles, et entre deux fissures l'ongle a cassé sur son bord libre, constituant, si le fait s'est renouvelé à plusieurs reprises, l'ongle crénelé. Mais les caractères les plus spéciaux de l'ongle peladique constituent l'*ongle grêlé*. L'ongle semble criblé de trous borgnes ou de cupules. Ces lésions des ongles sont ordinairement du plus mauvais pronostic. Toutes les pelades qui ne guérissent pas s'en accompagnent et il est rare de voir guérir entièrement une pelade qui s'en accompagne.

Tel est le tableau objectif de la pelade depuis ses cas les plus bénins jusqu'aux cas les plus graves et qui ne guérissent jamais. Chose tout à fait remarquable, ces symptômes si particuliers ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel, d'aucune sensation de douleur ou de gêne.

Cependant, un examen plus attentif peut montrer quelques signes connexes sur lesquels Jacquet, le premier, a attiré l'attention. Dans les grandes pelades, il est fréquent de rencontrer une laxité du tégument ou une raréfaction du pannicule adipeux sous-cutané qui permet de déplacer la peau sur de grandes surfaces ou d'y faire des plis nombreux; c'est ce phénomène que Jacquet avait nommé l'hypotonie. Il n'est cependant pas commun à tous les peladiques, et on l'observe aussi marqué chez des sujets qui n'ont jamais été peladiques. Toutefois, la concomitance de l'hypotonie et de la pelade surtout grave est trop fréquente pour être considérée comme sans valeur.

Jacquet, le premier, et ensuite Lévy-Frankel et Juster ont étudié le fonctionnement du sympathique cutané et constaté une hyperexcitabilité du réflexe pilo-moteur, quelquefois limité aux surface chauves ou à leur pourtour. Enfin, il n'est pas rare de voir la peau de certains peladiques rougir au moindre contact, tout cela semble indiquer au-dessous de la pelade un trouble de l'innervation sympathique.

Pelade congénitale. — Agénésie pilaire. — Certains enfants qui naissent avec des cheveux les perdent quelques semaines après leur naissance et ils ne repousseront jamais, c'est là ce qu'on a nommé la pelade congénitale sans qu'on puisse affirmer, à vrai dire, s'il s'agit là d'un processus identique à celui qui fait la pelade, telle qu'on l'a décrite.

Les premières pelades que l'on observe avec tout le cortège de leurs symptômes s'observent seulement à partir de trois ans, et, à partir de cet âge, la pelade ne cesse de s'observer plus fréquente jusqu'à vingt-trois ou vingt-cinq ans. Mais la pelade de l'enfant s'observe d'ordinaire suivant un rythme très spécial et qui mérite d'être étudié.

Pelade de Celse. — Ce rythme avait été décrit par Celse: « Cette singulière maladie, écrivait-il, nommée Ophiasis par les Grecs, de sa ressemblance avec un serpent, commence par l'occiput et ne dépasse pas deux doigts de large. Elle se prolonge au-dessus des oreilles par deux têtes qui vont se rejoindre au-devant du front. » Et Celse ajoutait : «Cette affection est plus fréquente chez les enfants et le plus souvent guérit toute seule. »

Ce tableau est vraiment pris sur le vif, et on retrouve la pelade de Celse exactement semblable à ce qu'il l'avait décrite.

Cette pelade de Celse commence ou bien par une plaque médiane et symétrique à elle-même, ou bien par deux plaques latérales et symétriques de part et d'autre de la ligne médiane. Elles augmentent partout leur pourtour et fusionnent, pendant que d'autres naissent, en arrière et au-dessous des oreilles, et plus tard toutes auront fusionné, dépouillant le cuir chevelu de toute une bande inférieure large de deux ou trois doigts et dont le bord supérieur en arceaux montre encore le nombre et la disposition des plaques primitives, dont la fusion a produit la bande alopécique. Mais il arrive qu'au-dessus de cette bande une fois faite, le même processus va se reproduire de plaques distinctes symétriques, s'élargissant à leur tour pour fusionner entre elles et avec la bande alopécique déjà faite. D'ailleurs, au cours de ce processus, des plaques peuvent aussi se produire à distance, en plein cuir chevelu, et souvent aussi la symétrie des plaques ophiasiques est évidente sans être parfaite et géométrique. Néanmoins, la régularité du processus est extrêmement frappante, et élimine toute idée de hasard et de localisation fortuite. Cette forme spéciale de pelade est remarquable aussi par certains caractères de détail. On y trouve, comme dans la forme peladique banale, des cheveux peladiques sur la bordure en extension, mais on ne

les observe pas avec la régularité et la constance qui est de règle dans la pelade banale. Cette pelade ophiasique paraît aussi la seule dans laquelle on puisse voir une même plaque unique grandir quasi indéfiniment jusqu'à prendre les dimensions de la paume de la main et davantage sans que cette grande plaque résulte de la coalescence de plusieurs. Enfin, quand cette pelade s'observe chez l'adulte, les cheveux qui vont disparaître affectent un autre type que celui du cheveu peladique classique. Ils sont gros, cassés, courts, gris, souvent difformes, et demeurent un assez long temps dans leur follicule, alors qu'ils ont perdu toute adhérence avec la peau. La pince les en extrait, sans donner lieu à aucune sensation.

De cette pelade il existe des formes bénignes et des formes graves, capables elles aussi d'entraîner la décalvation de la tête entière, et pour très longtemps. L'orphiasis peut, comme la pelade banale, guérir ou persister, guérir complètement ou incomplètement. S'agit-il de deux formes différentes d'une même entité morbide ou de deux espèces morbides différentes, la question reste encore discutable et ne saurait être tranchée en l'absence d'une étiologie précise. Ce qu'on peut dire, c'est que presque toutes les pelades de l'enfant sont du type ophiasique, mais on observe la même forme aussi chez l'adulte, quoique plus rarement.

Les récidives de la pelade. — Qu'il y ait une ou deux pelades, il semble que l'une et l'autre aient pour caractère essentiel d'être récidivantes; il est très fréquent de rencontrer des sujets qui ont eu deux, trois et même dix récidives de leur pelade ou davantage. Il y a même des cas où les récidives sont subintrantes et où le sujet garde des années une pelade dont chaque plaque guérit, pendant qu'il en revient d'autres ailleurs, c'est la « pelade perpétuelle » de Besnier.

PRONOSTIC

Entre ces faits et le fait inverse de sujets qui n'ont eu qu'une seule atteinte de pelade dans leur vie entière, il y a tous les cas, tous les degrés.La gravité d'un cas de pelade est très variable. On la mesure en général à la dimension et au nombre des plaques; les plus bénignes demandent déjà cinq ou six mois pour guérir, la durée des plus graves n'a pas de limites. Nous avons vu la gravité pronostique de l'alopécie diffuse du sourcil : elle accompagne des pelades toujours très lentes à guérir quand elles guérissent. A surface égale, une pelade de la barbe est moitié plus longue à guérir que la même pelade du cuir chevelu. Enfin, quand une pelade est devenue décalvante, on ne l'a jamais vue guérir tout à fait et sans récidives.

Passé un certain degré de gravité, la pelade ne guérit jamais complètement, et récidive toujours. Quand elle guérit, au moins le sujet garde-t-il toujours la nuque trop haute et cela définitivement.

Il est à remarquer qu'une pelade récidivante garde souvent ses mœurs propres, identiques, particulières. Il y a des pelades qui ont récidivé trois fois en dix ans; elles récidiveront de même dans les dix années suivantes. C'est ce qui a fait dire : « L'avenir d'une pelade, c'est son passé. »

De même il est rare de voir une pelade récidivante, mais restée longtemps bénigne, devenir grave par la suite. Avec l'âge il est rare de voir une pelade grave, mais non décalvante cependant, ne pas s'améliorer quelque peu. On voit beaucoup de vieux peladiques avoir plus de cheveux à cinquante ans qu'ils n'en ont eu depuis les débuts de leur maladie.

ETIOLOGIE DE LA PELADE

Une première cause à envisager ne fut-ce que pour l'éliminer, c'est *la contagion*. La contagion de la pelade n'a jamais été envisagée avant la découverte des parasites des teignes par Grüby. A ce moment, il découvrit le Microsporum Audouïni. Bazin crut que ce parasite avait été vu par Grüby dans la pelade, et déclara la pelade contagieuse. C'était une confusion. On sait maintenant que le Microsporum Audouïni de Grüby crée une teigne tondante que Bazin ne connaissait pas. Mais l'influence de Bazin avait si bien appuyé l'idée de la contagion de la pelade que tous nos maitres issus de Bazin l'enseignèrent. Mais il est toujours resté des dermatologistes qui n'y croyaient pas. Les idées sur ce point demeurèrent très troubles jusqu'aux recherches de Jacquet. Par une série d'essais d'inoculation infructueux il a cru avoir démontré que la pelade n'est pas contagieuse. Et, de fait, aucun essai d'inoculation de la pelade n'a jamais réussi. Jacquet est celui auquel il faut rapporter l'idée de la pelade d'origine endogène. Sabouraud, élevé dans la doctrine de la pelade contagieuse, a longtemps cherché à démontrer son origine parasitaire. Il a démontré l'inanité des soi-disant épidémies de pelade. Il a vu ensuite des cas de pelade héréditaire dans la même famille. Enfin, l'étude de l'ophiasis et sa répartition géométrique élimine l'idée d'un

parasitisme dans ces cas. Il restait la pelade banale dont l'évolution n'est pas sans rappeler celle des teignes, avec sa première plaque initiale suivie après un temps de plaques secondes et ensuite de plusieurs autres. Le temps d'apparente incubation de chaque poussée nouvelle évoquait aussi l'idée d'un parasitisme, et de même l'agrandissement de chaque plaque en « tache d'huile » sur ses bord signalés par des cheveux spéciaux. Enfin, il est arrivé, en de rares cas, il est vrai, de rencontrer de la pelade chez le mari et chez la femme. Bref, les faits négatifs n'ayant jamais le pouvoir de démonstrations de faits positifs, on pourrait encore admettre que la pelade n'est pas univoque, et que parmi les cas d'origine endogène, il pourrait y avoir des cas d'origine exogène, que nous ne saurions pas différencier. En 1897, Sabouraud a cru voir dans la pelade une attaque aiguë de séborrhée dépilante, car le microbacille de la séborrhée se retrouve sur les plaques de pelade de l'adulte. Tant que l'étiologie de la pelade ne sera pas plus claire, on pourra toujours penser que ce mot recouvre plusieurs types morbides. Mais ce qu'il faut dire, et au nom de la clinique, c'est que l'idée de la contagion de la pelade est aujourd'hui périmée. Si l'idée de contagion reprenait dans la suite quelque consistance, ce ne pourrait être que pour des cas de plaques alopéciques peladoïdes qui seraient encore confondues à tort dans la vraie pelade. Désormais, on doit admettre que la pelade n'est pas contagieuse et que jamais aucun fait précis n'a été apporté en faveur de la contagion. De très nombreuses observations, au contraire, sont venues appuyer l'opinion inverse, sans, pour cela, éclairer complètement les origines de la pelade.

Nous examinerons d'abord les faits qui paraissent hors de doute sur ce sujet, et qui peuvent éclairer partiellement l'étiologie de cette affection.

Le premier qui paraît certain, c'est qu'un très grand

nombre de pelades et presque toutes les pelades de l'enfant surviennent chez les hérédo-syphilitiques. Le second, c'est que beaucoup de troubles endocriniens s'accompagnent de pelade vraie. Ainsi le goître exophtalmique, le myxœdème. Et il y a des pelades de la ménopause chez la femme qui semblent relever de troubles analogues. Le troisième fait, beaucoup plus rare, est l'existence de la pelade héréditaire, portant sur deux et quelquefois trois générations.

Le quatrième est la venue brusque et fatale d'une pelade complète et définitive après des pyréxies graves s'étant accompagnées de troubles méningitiques spéciaux; ce cas est fort rare également, mais bien établi. Le cinquième est un fait plus vague, c'est que la pelade survient souvent chez des déprimés, après un surmenage intense ou toute autre cause prolongée de dépression.

Enfin, il faut parler de la pelade signalée par Jacquet au cours des accidents d'évolution de la dent de sagesse.

1° *L'hérédo-syphilis.* — Il y a deux cas : 1° Tantôt la syphilis est prouvée par l'aveu des parents, par la séroréaction des progéniteurs, ou des sujets; 2° Tantôt elle est rendue extrêmement probable, soit par l'analyse des commémoratifs, soit par des stigmates caractéristiques de l'hérédité.

Il faut compter, chez l'enfant, sept cas sur 10 où la pelade peut être attribuée à une syphilis congénitale. Chez l'adulte, la fréquence de la syphilis derrière la pelade est moins grande.

Est-ce à dire que la pelade est syphilitique en soi ? De cela, on ne peut rien dire sinon qu'en un très grand nombre de cas le traitement a favorisé la croissance et le développement des enfants peladiques, sans que les résultats de ce traitement sur la pelade elle-même puissent être dits hors de conteste.

La pelade préexistante à une syphilis acquise peut devenir beaucoup plus grave à partir de l'infection syphilitique.

La pelade des très anciens syphilitiques se voit aussi, mais quinze ou vingt ans après le début de la syphilis.

Enfin, avant de parler des pelades par troubles endocriniens, rappelons la part considérable de la syphilis dans l'origine des affections endocriniennes.

2° *Pelades par troubles endocriniens.* — La pelade s'accompagne souvent de gros troubles du sympathique; or, biologiquement, les glandes endocrines sont sous sa dépendance immédiate et peuvent en être considérées comme des expansions. Basedow, dès sa première note sur la maladie qui porte son nom, mentionnait déjà la pelade en coexistence du goître exophtalmique. Presque tous les Basedowiens présentent au moins sur le corps ou les membres des bandes ou des taches alopéciques reconnaissables. Chez l'homme, le fait est certain, mais le Basedow est plus fréquent chez la femme, et, chez elle, la disparition d'une partie des poils du corps est très souvent méconnaissable.

Chez les basedowiens, la pelade du cuir chevelu sous la forme ophiasique est fréquente et elle suit les fluctuations de la maladie, augmentant pendant les crises et diminuant lors des accalmies. Elle s'accompagne presque toujours d'une leucodermie visible et l'on trouve des plaques où les cheveux sont d'un blanc d'argent.

C'est un véritable vitiligo, en même temps qu'une véritable pelade, et les deux affections sont intriquées. Sur les surfaces alopéciques, l'atrophie apparente de la peau est considérable, et les orifices pilaires ont pour ainsi dire disparu. Cependant, lorsque la maladie est en décroissance, la repousse se produit assez vite et assez égale-

ment. Mais elle est à la merci d'un retour offensif de la maladie.

Un grand nombre d'auteurs ont montré que la pelade existait aussi dans le myxœdème. Les cas de myxœdème ne sont pas nombreux désormais, et il est difficile de généraliser la description d'un ou deux cas qu'on en a pu rencontrer. Que le myxœdème s'accompagne de troubles dans la distribution du système pileux, qu'il s'accompagne de surfaces déglabrées, c'est certain; qu'il s'agisse là de vraie pelade, on ne le sait pas. Universellement le système pileux est touché et déficient. Mais Sabouraud n'a pas vu d'identité avec l'évolution de la vraie pelade.. Il n'a pas vu la disparition du poil commencer par une plaque que d'autres suivent en s'élargissant. Il a vu simplement une dystrophie générale du poil de tout le corps avec sa disparition graduelle sur de grandes surfaces.

Pelade de la ménopause. — La pelade commence entre trois et quatre ans au plus tôt; elle augmente de fréquence et progressivement jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans environ. Après quoi sa fréquence commence à décroître jusqu'à ce que les cas en deviennent rares, à partir de quarante ans, bien qu'on puisse en observer des cas nouveaux qui ne sont pas des récidives jusqu'à soixante ans et au-delà.

On peut établir une courbe qui schématise ces faits. Mais, si avec cette courbe générale, on en fait deux, une pour chaque sexe, on s'aperçoit d'abord que la pelade est moitié moins fréquente chez la femme que chez l'homme, et cela est un premier fait certain et dont on ne sait pas la raison. En second lieu, on remarque que la courbe féminine, qui copie en gros la courbe masculine, présente, entre quarante-huit et cinquante-deux ans, un relèvement qui n'a pas d'équivalent dans l'autre sexe. Il y a donc chez la femme une pelade de l'âge critique, une pelade

de la ménopause. Et si, en dehors de cet âge, on examine les causes possibles des pelades féminines examinées, on les rencontre chez plusieurs femmes dont les règles ont disparu avant l'âge normal, soit naturellement, soit par suite d'intervention médicale (rayons X) ou chirurgicales (castration).

Même chez l'homme on rencontre des cas homologues dans lesquels la pelade a suivi la castration par blessure ou accident, ou intervention (épididymite tuberculeuse). Chez l'homme, on a observé après la castration des pelades graves ayant tendance à l'extension et même, quelquefois, à la généralisation. Au contraire, chez la femme, les cas de pelades de la ménopause ont semblé plutôt bénins et ont marché en général assez vite vers la guérison.

On voit donc que le corps thyroïde n'est pas la seule glande endocrine dont les troubles retentissent sur le système pileux; les troubles génitaux paraissent avoir aussi leur action.

3° *Pelade héréditaire.* — Ce cas paraît extrêmement rare et s'est montré particulièrement réfractaire à tout traitement.

4° *Pelade après une grande pyrexie.* — Sabouraud, trois fois dans sa vie, a vu le fait suivant : Une enfant est prise de rougeole ou, dans un autre cas, d'oreillons, mais, dans tous les cas, l'infection a été sévère. Dans chaque cas il y eut des phénomènes méningitiques et du délire de persécution. La maladie guérit et la convalescence s'annonce normale lorsque survient une pelade du type ophiasique, commençant par la nuque, et dont le développement continu conduit à une décalvante et même à une pelade totale sans qu'il demeure un poil en aucune région. Le même fait avait été vu par Schwartz, qui l'avait décrit semblable de symptômes et d'évolution. Dans ces cas, tout traitement resta sans effet.

Il est à remarquer que, dans les cas de cet ordre, l'histoire a été semblable et, en particulier, que chaque infection s'est accompagnée de phénomènes méningitiques graves, avec impulsion de suicide. On penserait, dans de tels cas, à des troubles endocriniens d'origine hypophysaire. Mais, à l'époque où ces cas furent observés, il ne pouvait être question d'une médication endocrinienne correspondante. Rien ne dit d'ailleurs qu'elle eût donné de meilleurs résultats que les médications diverses essayées pendant des années et qui restèrent inutiles. De telles pelades sont probablement tout à fait définitives.

5° *Pelade des déprimés.* — Dans un très grand nombre de cas de pelade que l'on ne sait à quelle cause rattacher, il est fréquent de rencontrer des sujets tout à fait déprimés et morfondus. On voit des malades qui, depuis plusieurs mois, se sentent fatigués et qui se trouvent sans ressort. Ils sont tristes sans savoir pourquoi, fatigués sans cause, et hors d'état de réagir contre leur dépression.

Cependant, il est curieux de constater que chez l'homme, ce sont ordinairement des causes d'intérêt et d'argent, tandis que, chez la femme, ce sont d'ordinaire des chagrins d'ordre sentimental. Quoi qu'il en soit, à la faveur de ces causes, il s'est établi un état marqué de dépression permanente, d'où il devient difficile de faire sortir le patient.

Cet état a précédé de quelques semaines ou quelques mois l'apparition de la pelade et semble n'avoir pas été étranger à sa naissance. Il dure autant qu'elle, et quelquefois plus qu'elle; en tout cas, il est de longue durée et fort pénible aux malades.

Pelade réflexe d'origine dentaire de Jacquet

On a vu des pelades consécutives assez immédiatement aux accidents quelquefois sérieux de l'éruption de la dent de sagesse inférieure de l'un ou de l'autre côté. On sait que, si les grosses molaires se sont développées longtemps avant l'apparition de la dent de sagesse, elles ont pris sa place en sorte que celle-ci, au moment de son éruption, se trouve coincée entre la dernière grosse molaire d'une part et la branche montante du maxillaire inférieur. Cet état très douloureux peut s'accompagner de troubles locaux divers. Il y a gonflement et œdème de la gencive, ébranlement des dents voisines qui sont repoussées par celle qui veut sortir. Il y a aussi un état fluxionnaire du cou et de la région mastoïdienne tel qu'on a pu croire à un phlegmon. Ordinairement les choses s'arrangent seules, et les autres dents repoussées en avant laissent leur place à celle qui sort. Dans cet ensemble une pelade peut survenir, une plaque de la région sus-mastoïdienne tout à fait normale d'aspect, plaque suivie même de plusieurs autres.

C'est sur de tels cas que Jacquet a basé sa théorie de la pelade réflexe dentaire. Pour lui, la pelade était souvent provoquée par une épine voisine du cuir chevelu, par une cause cachée et pourtant active, kyste apiculaire d'une dent, foyer d'ostéo-périostite dentaire, etc... Cette théorie, soutenue par son auteur avec un talent extrême, ne paraît pas lui avoir survécu.

La pelade par choc émotif.

Les auteurs qui tenaient pour l'origine nerveuse de la pelade à l'époque où elle s'opposait à la théorie parasitaire, ont souvent parlé d'une pelade par choc émotif. On en a cité un certain nombre d'observations. Mais rien dans ces faits ne prouve qu'il se soit agi de pelade véritable. Si ces faits sont véridiques, ils appartiennent probablement à un ordre de faits un peu différents et catégorisés autrefois sous le nom de Deffluvium capillorum. Mais tout ici est différent de la symptômatique et de l'évolution d'une pelade et se rapproche des alopécies consécutives à une infection ou à une intoxication. On a un intervalle d'une quinzaine de jours entre l'alopécie et sa cause, une alopécie diffuse et non pas en aires, une alopécie totale en trois semaines, ce qu'on ne voit jamais se produire dans la pelade toujours d'évolution lente, se produisant par paroxysmes successifs, enfin une repousse sans aucun délai; tout cela évoque et copie l'intoxication par l'acétate de thallium par exemple.

On peut conclure de ces faits qu'une extrême émotion peut déterminer une chute de cheveux profuse quinze jours après elle, mais ce n'est pas une pelade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La peau peladique. — L'anatomie pathologique de la pelade est très mal connue. On en a étudié un grand nombre de pièces qui ont chacune montré un aspect différent des lésions, parce qu'on les rencontrait à des stades divers de l'évolution des plaques, mais ces stades ne sont pas reliés l'un à l'autre de façon suffisante pour que l'évolution des lésions soit compréhensible, et puis peut-être y a-t-il entre les pelades d'allure différente, des différences anatomo-pathologiques.

Au début, les premiers troubles histologiqus constatés sont des troubles pigmentaires; la papille pilaire diffuse autour d'elle un essaim de granulations pigmentaires qui eussent dû être dirigées vers le poil. Un même travail s'observe dans la couche pigmentaire épidermique où le pigment se voit promptement raréfié. Ainsi s'explique la leucodermie des plaques de pelade. En même temps se produisent la mort et l'éviction du cheveu. Le poil à bulbe creux devient un poil à bulbe plein qui montera dans le follicule jusqu'à être rejeté au dehors. Mais, en-dessous de lui, un essai de rénovation papillaire s'observe toujours et ce phénomène qui se voit sur tous les poils de la coupe semble indiquer une pelade en régression, alors même qu'il s'agit d'une pelade en voie d'établissement. Au-dessous du poil mort qui s'élimine, le nouveau folli-

cule montre des troubles de formation qui sont constants et qui paraissent vraiment particuliers à la pelade. Ce néofollicule présente une paroi épidermique irrégulière, ridée, couverte de bosselures, souvent il est incurvé ou placé gauchement par rapport au follicule ancien dont il serait destiné à prendre la place. En même temps, le tissu conjonctif au sein duquel est le follicule paraît en travail. On y trouve des cellules mononucléaires par amas et aussi dans l'aisselle de la glande sébacée.

Plus tard, l'épiderme de surface paraîtra amoindri et diminué d'épaisseur, sa couche pigmentaire aura presque disparu;le nombre des follicules pilaires aura diminué et un grand nombre d'entre eux aura même complètement disparu. Ceux qui restent présentent autour d'eux un nombre incroyable de Mastzellen, cellules bourrées de granulations basophiles, et dont la présence n'est pas expliquée. On en trouve tout le long des vaisseaux du derme, tout autour des follicules néoformés, disséminés un peu partout.

Les follicules qui persistent paraissent toujours en rénovation; ils contiennent un poil ou un follet mort, mais, au-dessous de lui, le manchon épidermique se retrouve, et sa papille, d'apparence normale, va faire un cheveu nouveau dont le sort sera semblable. Bref, sur une surface peladique qui paraît glabre et qui le reste quelquefois depuis longtemps il se fait microscopiquement toujours de nouveaux cheveux de duvet qui meurent, et cela depuis le début d'une pelade jusqu'à sa terminaison. En somme, la fonction qui fait le poil paraît perpétuellement inhibée. Un jour viendra pourtant où cette fonction cessera d'être entravée et se retrouvera normale.

Pour résumer ce que l'histologie nous montre dans la pelade, on peut dire que toutes les lésions qu'on y observe écartent l'idée de lésions microbiennes et sont plus en rapport, semble-t-il, avec des troubles d'intoxication ou

d'innervation locale, troubles dont la nature exacte nous échappe d'ailleurs complètement. L'histologie ne nous donne donc aucune indication précise sur la nature de cette affection.

Le poil peladique. — La plupart ont moins d'un centimètre. C'est que la première phase des troubles qui les font ce qu'on les voit est une brisure. En un certain point de leur hauteur, on voit les cellules corticales du cheveu qui paraissent ébouriffées et dissociées. C'est en ce point que le cheveu cassera spontanément ou sous l'influence d'un contact. Au-dessous de son point de fracture, le cheveu peladique peut montrer un renflement produit lui aussi par la dislocation des cellules corticales. Au centre, on trouve souvent un renflement de la moelle chargé de pigment. Dans ce cas, le cheveu peladique prend la forme dite en épi. Au-dessous de son point de fracture, la tige du cheveu s'effile et devient diaphane. Les cheveux peladiques sont tous posés comme des aiguilles sur leur pointe. A la traction, ils offrent peu de résistance et enlèvent avec eux, comme un point blanc, leur bulbe plein, c'est-à-dire mort. Sur ce cheveu, ordinairement, la moelle a disparu depuis le point où l'effilure du cheveu commence. Le cheveu peladique traduit sa mort progressive. C'est ce qui explique que, dans les alopécies en masse qu'on voit compléter une ancienne pelade en voie de se transformer en une décalvante, on ne voit que rarement le cheveu peladique, et aussi ce fait que, quand la pelade cesse d'augmenter, il disparaisse sans être remplacé par d'autres.

Dans les pelades à marche rapide, on voit d'autres cheveux malades, ce sont les cheveux que Besnier disait cadavérisés. Ils persistent dans leur follicule sur une peau déjà glabre depuis des semaines, mais ils dépassent à peine l'orifice pilaire d'où la pince les extraira sans au-

cune traction. Ils sont effilés du bout et ne présentent aucune apparence de bulbe pilaire. Enfin, dans l'extension rapide et inexorable de certaines pelades ophisiaques, on trouve encore d'autres cheveux cassés court, assez gros et souvent tordus, qui ne sont pas sans ressemblance avec certains cheveux tricophytiques, mais qui s'en distinguent par ce fait qu'on les retire entiers du follicule, et que leur partie radiculaire est effilée.

MICROBIOLOGIE

La pelade ophisiaque ne montre vraiment aucune flore microbienne qu'on y puisse relever avec quelque régularité : quelques cocci de surface et la spore de Malassez. Mais la pelade banale de l'adulte, celle dont les plaques sont grasses et luisantes, et dont les orifices sébacéo-pilaires restent ouverts et visibles, présente, au contraire, une flore, toujours la même, et cela, avec une constance impressionnante. C'est là que Sabouraud a rencontré la première fois le microbacille de la séborrhée, dans sa lésion infundibulaire, le cocon séborrhéique. On peut dire que, dans cette forme clinique de pelade, tous les orifices veufs de cheveux sont habités par le microbacille séborrhéique et cela avec une parfaite régularité. La constance du microbacille dans cette forme de pelade est un fait bien singulier et qui mériterait d'être étudié de nouveau. Il y a là un fait vérifiable et curieux qui reste pour le moment à l'état de problème. Et il le restera tant qu'on n'aura pas vérifié si les toxines du microbacille ont ou non sur l'homme un pouvoir alopécique.

DIAGNOSTIC

On est accoutumé de faire le diagnostic de la pelade avec toutes les alopécies, même avec celles qui ne lui ressemblent en aucune manière.

Le diagnostic de l'alopécie post-impétigineuse est, en général, bien facile à faire, car les taches sont propres, comme dans la pelade, mais elles sont toujours légèrement roses, car elles portent la trace de l'inflammation passée. En outre, elles apparaissent simultanément. Enfin, il y a le commémoratif de l'impétigo du visage. Et si ce souvenir fait défaut, il est très ordinaire de trouver, encore adhérents aux cheveux sains du voisinage, quelques débris de croûte.

Dans les alopécies post-traumatiques, les cheveux tombent souvent à la place d'un hématome, en l'absence même de toute blessure apparente. Ils tombent après quinze jours environ, quand les traces de l'hématome ont disparu. Le plus souvent alors, l'alopécie dessine la forme du corps contondant. Sa forme triangulaire ou linéaire écarte d'emblée l'idée de la pelade.

La confusion de la pelade avec une teigne tondante ne peut être faite, car la surface d'une plaque de teigne est toujours sale, recouverte de squames adhérentes.

Quant aux alopécies cicatricielles en petites aires de la pseudo-pelade de Brocq, c'est une confusion facile à évi-

ter. En outre, la pseudo-pelade montre toujours plusieurs petites plaques d'un ovale allongé et qui ressemblent à des pas dans la neige. Il y a aussi les enfants atteints de ce tic singulier de l'épilation qu'on a nommée trichotillomanie. Mais les plaques sont toujours symétriques, situées aux tempes et dans les endroits facilement accessibles à la main. En outre, la plaque n'est ni ronde ni tout à fait glabre. Enfin, les cheveux récemment arrachés laissent à leur place un petit grain noir enchâssé dans l'orifice folliculaire.

On ne voit plus que bien rarement des simulateurs de pelade. C'était un subterfuge employé autrefois quand on croyait la pelade contagieuse, pour surseoir à des appels et convocations militaires.

Il y a chez l'adulte la confusion du lupus érythémateux avec une plaque de pelade. La rougeur de la plaque érythémateuse devrait faire éviter la confusion. Mais comme on traite la pelade par des rubéfiants, le médecin pense naturellement que la rougeur est provoquée par une application médicamenteuse.

En dehors de ces cas, on peut dire que le diagnostic de pelade est des plus faciles en dermatologie. Bien plus souvent le spécialiste aura à redresser des erreurs de pronostic, car la pelade est une affection d'évolution bien plus lente, et de pronostic plus sérieux que la plupart des auteurs ne le disent.

TRAITEMENT

Il paraît évident que toute pelade doit conduire le médecin à étudier à fond tout malade présentant une tache de pelade. Il faudra d'abord examiner la tache et recueillir avec soin tous les symptômes.

On ne saurait énumérer tout ce qui fait l'opinion du médecin sans répéter tous les symptômes rares ou fréquents de la maladie, car chacun devient un élément de pronostic. Mais, après avoir vu l'étiologie encore si obscure de la pelade, on comprend avec quel soin l'état général du sujet devra être examiné. Spécialement chez l'enfant, on devra toujours rechercher tous les stigmates, spécialement les stigmates osseux de la syphilis héritée.

Même s'il s'agit d'un adulte, l'interrogatoire doit porter sur ses ascendants, sur leur santé, sur les causes de leur mort, s'ils ne sont plus. Dès que l'opinion du médecin sera faite, il faudra commencer par le traitement de la syphilis héritée. Un traitement long et d'intensité moyenne sera de résultats meilleurs qu'un traitement brusqué et très actif. Et alors la vieille médication mercurielle sera de choix.

Il ne faut cependant pas rester obnubilé sur l'idée d'une

syphilis conceptionnelle et ne pas remarquer des troubles endocriniens souvent évidents.

L'examen du corps thyroïde chez les peladiques doit être un réflexe mécanique du médecin. Tous les troubles endocriniens doivent être recherchés, les troubles d'origine génitale en particulier, surtout chez les individus privés de rapports sexuels. Il y a là une cause de troubles nerveux encore mal étudiés et bien importants. Un état permanent de malaise et d'anxiété peut venir de troubles endocriniens, mais aussi d'un dysfonctionnement de l'intestin. Il faut que le médecin ait tout vu et pensé à tout. Le plus souvent la pelade est une résultante : la syphilis héritée est en première ligne, soit comme cause directe, soit par les troubles endocriniens qu'elle détermine. La vie même que mène le patient peut être en cause : nous voyons des pelades chez des surmenés qu'une seule idée obsède, comme celle du mariage chez la fille qui avance en âge, ou les soucis pécuniaires des chefs de famille. Même les tristesses sans raison ont des causes que nous ne savons pas voir, et auxquelles la médecine peut souvent remédier.

Les cas possibles sont trop nombreux pour que l'on puisse tous les envisager. C'est au médecin à se diriger dans l'incertitude où nous sommes des causes immédiatement efficientes de la pelade et des causes prédisposantes diverses qui y conduisent.

Le traitement local nous laisserait sans doute dans une même incertitude, si nous examinions tout ce qui a été dit à son sujet.

Ecartant toute idée théorique, on peut dire que, dans la grande majorité des cas, une plaque de pelade en présage d'autres qui apparaîtront plus tard, et qu'il y aurait plus d'intérêt à empêcher ces plaques secondes qu'à guérir vite la première. Or tout se passe comme si nous en avions les moyens. Un médecin placé devant une plaque de pelade

unique doit considérer comme une défaite d'en laisser survenir une autre, et cela est évitable dans le plus grand nombre des cas.

Un autre fait, c'est l'action évidente du goudron de cade sur le cheveu. L'expérience montre qu'on peut le plus souvent préserver une chevelure menacée de pelade par l'usage répété de l'huile de Cade sur les parties saines.

Sur une tête à cheveux courts, on pourra user d'une pommade telle que :

Huile de Cade	10 grammes.
Lanoline	10 grammes.
Vaseline	10 grammes.
Résorcine	1 gramme.
Acide pyrogallique	1 gramme.
Sulfure noir Hg	1 gramme.
Soufre précipité	1 gramme.

appliquée le soir par massage et essuyée ensuite au linge sec. On savonnera parfaitement cette pommade chaque matin.

On peut prescrire après le savonnage une lotion tonique de la tête entière. Après quoi, on frictionnera la plaque ou les plaques sans négliger leur pourtour avec une boulette de coton humide de :

Chrysarobine	0 cg. 15.
Chloroforme	30 grammes.

Parmi tous les rubéfiants employés immémorialement, la chrysarobine paraît le meilleur et celui dont l'effet est le plus constant.

La pelade de la barbe évolue au ralenti et il paraît plus difficile d'empêcher l'envahissement des parties saines

par le même traitement local. La révulsion aussi à moins de résultats apparents, et, d'ailleurs, il est difficile de prescrire une révulsion locale dont le premier effet est de rendre plus visibles des plaques qui, sur un menton rasé, ne l'étaient guère. On usera de médicaments non rubéfiants sur les plaques comme :

Liqueur d'Hoffmann	50 cc.
Xylol purifié	50 cc.

et, si la rougeur est encore visible, on diminue la proportion de xylol.

On peut user de la pommage cadique sur les parties saines, mais avec un résultat prophylactique moins évident.

Les sourcils doivent être traités comme s'ils n'étaient qu'un morceau détaché du cuir chevelu et, dans les pelades envahissantes, ils doivent être traités avant d'être pris.

La pelade des cils ne peut être traitée qu'avec des médicaments anodins.

Le traitement local de la pelade du corps n'est, pour ainsi dire, jamais prescrit, ou alors, c'est plutôt pour l'effet moral. En réalité on n'en connaît aucun dont on peut certifier l'effet. On a dit que les rayons X sur le corps thyroïde, sur le thymus, sur la rate, avaient eu un résultat. Les rayons ultra-violets ont un effet stimulant certain. En général, l'effet est bon, sans qu'on puisse dire qu'ils valent tout le bien qu'on en dit. On n'a vu les rayons ultra-violets agir que par bains complets sur toute la surface du corps.

Chacun de ces traitements peut compter des succès sans qu'il soit assuré par aucun. Ce que l'on peut dire encore, c'est que les cas bénins guérissent toujours, et les cas graves difficilement, par tous les moyens dont nous disposons.

Ce qui reste certain, c'est qu'il y a des cas de pelade qui ne guérissent par aucun traitement, que les malades qui en ont été fortement atteints ne guérissent jamais complètement; leur nuque reste trop haute, ce qui est une signature de la maladie, et ils demeurent en butte aux récidives de leur affection, récidives qui, dans les cas graves, ne manquent guère.

CHAPITRE II

Nous avons exposé dans le chapitre précédent les cas de pelade classiques. Nous avons dit qu'il est des cas graves qui guérissent difficilement et même que certains ne guérissent jamais. Nous avons donc suivi quelques-uns de ces malades atteints de pelade rebelle et traités par des bains généraux d'ondes courtes dans le service de M. le Professeur Réchou.

OBSERVATION 1

M. M.-L., 13 ans. — Jeune malade sans antécédents pathologiques spéciaux. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires si ce n'est chez son père, qui a toujours été déséquilibré du sympathique, et en particulier a eu des crises multiples d'asthme avec des migraines fréquentes.

Notre petite malade se présente avec un état général relativement bon. Elle est plutôt légèrement obèse avec quelques signes très discrets d'insuffisance thyroïdienne (téguments un peu empâtés et intelligence plutôt au-dessous de la moyenne). Elle n'est pas encore réglée.

La malade est atteinte depuis près d'un an d'une pelade rebelle très étendue. On note sur tout le cuir chevelu de larges plaques des dimensions d'une pièce de cinq francs à une

paume de main. Ces larges plaques sont par endroits confluentes. En somme, quelques mèches clairsemées recouvrent le sommet du crâne; les régions latérales sont encore relativement couvertes. De nombreux traitements locaux habituels ont été essayés sans résultat.

Le 21 juillet 1933 la petite malade est soumise aux bains généraux d'ondes courtes à très faible dose sans élévation de la température centrale (contrôle thermométrique).

Le 4 août 193, après sept séances, des règles normales apparaïssent pour la première fois. On complète ensuite par une série de quatorze séances terminées le 23 août. Dès le milieu de septembre, on notait un début de repousse. Celle-ci était à peu près complète en janvier 1934. La persistance de quelques petites plaques nous incita à instituer en mars 1934 une nouvelle série de vingt séances après lesquelles la repousse a été complète. La guérison se maintient depuis cette date. La malade a accusé quelques céphalées au cours et après le traitement.

OBSERVATION 2

B... Jean. — Pelade datant de six mois et ayant débuté par une petite plaque de la dimension d'une pièce de un franc dans la région pariétale droite.

Ce malade présente quelques antécédents intéressants. Outre une furonculose persistante, qui a disparu depuis un an, on se trouve en présence d'un eczémateux (eczéma des deux jambes) et d'un entéritique entre huit et vingt ans. Sa mère a également présenté à plusieurs reprises des poussées d'eczéma.

Malgré les traitements chimiques locaux, institués et continués pendant six mois, la plaque progresse, d'autres plaques apparaissent, et la pelade s'étend à la barbe. Quand le malade nous est adressé en juin 1935, la pelade est très étendue, surtout au niveau de la barbe, et l'on note plusieurs plaques du cuir chevelu dont l'une atteint les dimensions d'une pièce de

cinq francs. Le sujet est soumis aux bains généraux d'ondes courtes. Quinze séances à faible dose, suivies de vingt jours de repos, lui sont faites, puis vingt séances suivies de quelques jours de repos, puis dix séances nouvelles, au total, quarante-cinq séances entrecoupées d'intervalle de repos. La pelade du cuir chevelu a disparu. Celle de la barbe est en régression. Guérison complète vers la fin de 1935.

Ce malade est resté guéri un an, mais présente en octobre 1936, quelques petites plaques du cuir chevelu qui ont disparu par un traitement chimique local (frictions prolongées à l'iodex).

Notons que l'examen endocrinien (Test de Ferrier) a montré un dysfonctionnement thyroïdien (fig. 2).

OBSERVATION 3

N... Charles. — Pelade du cuir chevelu traitée depuis plus de six mois par différentes thérapeutiques locales. Soumis aux bains généraux d'ondes courtes (trente séances en mars, avril et mai 1936, puis vingt-cinq séances supplémentaires après quelques semaines de repos). La pelade guérit en quelques mois sans autre traitement local. Le résultat fut cependant plus tardif que dans les cas précédents. Le malade ne présentait rien à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. Il s'agit d'un rhumatisant chronique présentant également un léger syndrôme de Raynaud, qui a été très amélioré par le traitement institué pour la pelade. Le résultat un peu tardif ne permet pas de rapporter avec certitude la guérison au traitement par les ondes courtes.

OBSERVATION 4

P... Lambertine, 39 ans. — Malade réglée depuis l'âge de 16 ans, a toujours présenté des règles abondantes et parfois assez irrégulières. Elle a présenté également de la métrite

chronique, et enfin a été hystérectomisée en 1925 pour ménorragies très abondantes (fibrome probable).

Grossesse normale en 1929. En 1930, à la suite de la mort de sa fille, la malade présente quelques troubles mentaux avec idées fixes qui se sont atténués mais persistent encore. En 1935, apparition d'une pelade qui, depuis un an, est rebelle à tout traitement médical. Elle est adressée en octobre 1936 pour traitement physiothérapique.

On note alors sur le sommet de la tête une première plaque de la largeur d'une paume de main au niveau de laquelle on note déjà une repousse périphérique. (Cheveux blancs de 4 cm. de long.) A côté et en arrière de cette première plaque, on note une petite plaque sans repousse de la dimension d'une pièce de deux francs, et au niveau de la nuque une large plaque avec poils follets vers la partie centrale. On note en même temps une raréfaction au niveau de la queue des sourcils. Rien à signaler par ailleurs.

En octobre, décembre 1936 et janvier 1937, première série de trente séances d'ondes courtes. Repos un mois puis reprise du traitement. Après la première série de séances, on notait une repousse abondante au niveau de la grande plaque du sommet de la tête. Les autres plaques ne sont pas modifiées. Une nouvelle plaque est apparue au niveau de la région fronto-pariétale droite. A l'heure actuelle, la repousse est complète au niveau de la grande plaque, les autres ne sont pas modifiées. Il s'agit d'un échec de la méthode.

OBSERVATION 5

M... Joseph, 28 ans. — Début en 1934 par une petite plaque occipitale. Malgré le traitement médical, aggravation avec apparition de plaques nouvelles dans le courant de l'année 1935. En 1936, la pelade s'étend à la barbe. Au mois de novembre 1936, le malade est soumis au traitement par les ondes courtes. Une première série de vingt séances est suivie de repos, puis nouvelle série de dix séances. Le malade n'est plus revu. Convoqué le 27 janvier 1937, on ne note aucune amélio-

ration. Les plaques se sont agrandies et se sont rejointes sur l'occiput. Notons que ce malade ne présentait rien de spécial à signaler par ailleurs. Sa mère était asthmatique et migraineuse. Il semble qu'on se trouve en présence d'un échec mais, étant donné l'ancienneté de l'affection et le petit nombre de séances d'ondes courtes, il est permis de se demander si ce traitement a été essayé avec assez de constance. Notons que le Test endocrinien de Ferrier aurait montré chez ce malade un dysfonctionnement thyroïdien et hypophysaire.

OBSERVATION 6.

B... Yvonne, 30 ans. — Née de père asthmatique, la malade très nerveuse, paraît avoir fait quelques crises de neurasthénie légère. Elle présente en outre de l'urticaire depuis son enfance et des coliques hépatiques depuis quatre ans. Trois enfants vivants bien portants.

Cette jeune femme a déjà présenté deux plaques vers l'âge de huit ans qui ont guéri par des traitements locaux. En 1931 début de pelade progressive qui devait en dix-huit mois aboutir à une grande décalvante avec épilation des régions axillaire et pubienne. Traitée par des pommades, la neige carbonique, des traitements généraux sans aucun résultat.

La spectroréductométrie ne montre rien de particulier, ce qui semble assez extraordinairee étant donné l'aspect clinique de la malade.

En 1936 on institue un traitement par bains généraux d'ondes courtes. Après vingt séances, malgré notre insistance, la malade ne veut pas continuer le traitement. Elle habite très loin et il y a impossobilité matérielle à prolonger son séjour à Bordeaux.

Revue en 1937, six mois après le traitement. On trouve sur le pariétal droit une touffe de quelques cheveux blancs clairsemés, de quelques centimètres de longueur. On note par ailleurs un léger duvet qui existait avant les séances d'ondes courtes, mais qui paraît s'être très légèrement accentué. On

ne peut parler de résultat obtenu avec un traitement aussi incomplet.

OBSERVATION 7

L... Andréa, 38 ans. — Pelade datant de 1930, ayant débuté par une petite plaque qui a disparu par des traitements locaux. Récidives multiples avec aggravation progressive. La malade présente plusieurs plaques quand elle est soumise en 1934 à la thérapeutique par les ondes courtes. La malade fait 50 séances avec intervalles de repos toutes les 10 ou 20 séances. La pelade guérit à peu près complètement et la guérison se maintient depuis deux ans. Il s'agit d'une femme très nerveuse, très excitable, stérile, mais sans antécédents spéciaux. La spectroréductométrie a montré un dysfonctionnement hypophysaire. La malade revue le 4 mai semble en récidive.

OBSERVATION 8

B... Marguerite, 34 ans. — Pelade datant de 1925. Malgré les traitements médicaux locaux, évolution progressive jusqu'en 1934. L'affection a alors pris le type de la grande pelade décalvante. On note simplement au niveau du cuir chevelu la présence de quelques poils follets. Il s'agit d'une malade nerveuse et irritable. On ne décèle rien de spécial dans ses antécédents personnels et héréditaires.

Adressée en 1934 pour traitement par les ultra-violets, la malade est soumise à des bains généraux d'ultra-violets ainsi qu'à des irradiations locales à dose érythème. Devant l'échec à peu près complet de cette thérapeutique poursuivie pendant plus de six mois, on prescrit 40 séances d'ondes courtes en bains généraux.

A la suite des séances d'ondes courtes, la tête se recouvre de cheveux blancs clairsemés que la malade doit couper assez souvent pour les empêcher de paraître sous sa perruque, car

la malade porte un postiche. (Notons que les deux cas essayés où les malades portaient une perruque n'ont pas donné le résultat espéré). On a cependant observé ici une amélioration nette. Il n'est pas permis de parler de guérison.

OBSERVATION 9

A... Jean, 40 ans. — Pelade datant de 1926; malgré les traitements médicaux locaux et généraux, l'affection progresse avec quelques alternatives de régression. Soumis aux bains généraux d'ondes courtes : 35 séances à raison de trois par semaine. Le sujet n'est plus revu après ces 35 séances (le traitement est donc incomplet). Cependant, à la suite du traitement on a pu observer une légère régression de la pelade. Il faut noter que cette pelade s'étendait à la barbe (le malade ne se rasait plus); depuis les ondes courtes il doit se raser deux fois par semaine. On peut donc noter ici une amélioration intéressante malgré le traitement nettement insuffisant pour une pelade datant de dix ans.

OBSERVATION 10

M... Marcel. — Pelade du cuir chevelu et de la barbe datant de huit mois. Echec du traitement médical. Mise en traitement par les ondes courtes en juin 1935. On note alors de multiples plaques du cuir chevelu et de la barbe. Le sujet ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels et héréditaires. Trente séances d'ondes courtes amènent en quelques mois une guérison complète.

OBSERVATION 11

P... France, 20 ans. — Pelade datant de 1933 traitée par les moyens médicaux et la neige carbonique sans résultat. Rien à signaler dans les antécédents sauf une hypotrophie générale avec ébauche de syndrôme de Raynaud. Traitée en 1935 par les ondes courtes, la malade a fait 19 séances, puis on ne l'a plus revue.

TABLEAU GENERAL

NUMÉRO DE L'OBSERVATION	ANCIENNETÉ DE LA PELADE	NOMBRE DE SÉANCES	
Obs. I.	1 an	34 séances	Guérison complète.
Obs. II	6 mois	45 séances	Guérison complète.
Obs. III	6 mois	55 séances	Guérison complète.
Obs. X.	8 mois	30 séances	Guérison complète.
Obs. VII	6 ans	50 séances	Guérison à peu près complète, mais récidive actuelle ?
Obs. IV	1 an	30 séances	Amélioration; en cours de traitement.
Obs. VIII	11 ans	40 séances	Amélioration; porte perruque (grande décalvante).
Obs. IX	10 ans	35 séances	Amélioration.
Obs. V	2 ans	30 séances	Echec.
Obs. VI	5 ans	20 séances	Echec; porte perruque (grande décalvante)
Obs. XI	2 ans	19 séances	Pas revue.

On peut tirer de ces observations quelques conclusions générales :

1° La spectro-réductométrie semble avoir montré chez les malades examinés un dysfonctionnement hypophysaire. Il faut remarquer cependant que chez les malades atteints de dysfonctionnement de l'hypophyse les uns ont été guéris, les autres n'ont même pas été améliorés.

2° Sur onze cas traités nous avons pu observer cinq guérisons. Sur ces cinq cas, quatre étaient des pelades rebelles et datant de moins d'un an. Une seule datait de six ans mais elle récidive actuellement (obs. 7). Dans la plupart de ces cas relativement récents, la guérison n'a été obtenue que par un assez grand nombre de séances.

3° On peut en conclure que chez les sujets des observations 5, 6 et 11, porteurs de pelade datant de 2, 5 et 2 ans, le traitement a été nettement insuffisant.

4° Pour les cas dits améliorés qu'il vaut mieux considérer comme des échecs, la malade de l'observation 4 est encore en traitement, celle de l'observation 7 était guérie mais récidive actuellement. Pour les sujets des observations 8 et 9 (pelades datant de 11 et 10 ans), le traitement peut être considéré comme insuffisant.

5° Notons également que les deux cas de grande décalvante ont été deux échecs. L'un datait de 11 ans, a reçu 40 séances et a peut-être une légère amélioration; l'autre datait de cinq ans et n'a reçu que 20 séances.

6° Il semble que dans certains cas, il y aurait intérêt à continuer le traitement plus longtemps surtout pour les pelades très anciennes.

Les ultra-violets sont très nettement régulateurs du système neuro-végétatif. Il en est de même des ondes courtes, comme l'a bien montré dans sa thèse le Docteur Pellegrino.

Si une série de séances semble régulariser le système vago-sympathique, une seule séance à dose faible agirait, semble-t-il, d'après des recherches récentes comme l'acétylcholine. On sait que Dale et son école ont pu démontrer que le fonctionnement du système végétatif paraît agir par l'intermédiaire de substances chimiques : sympathine, corps voisin de l'adrénaline pour le sympathique (nerfs adrénergiques), et de corps voisins de l'acétylcholine pour le vague (nerfs cholinergiques). Or, des publications toutes récentes attirent l'attention sur les beaux résultats obtenus dans la pelade par les injections locales d'acétylcholine. Ces notions viennent éclairer le mécanisme de la physiothérapie.

ESSAI D'INTERPRETATION

DES RESULTATS OBSERVES

De l'étude qui précède nous voudrions d'abord dégager quelques idées générales basées sur des faits d'observation :

1° On a remarqué que dans les pelades de la barbe et dans la pelade des membres les plaques initiales sont souvent symétriques. Il en est quelquefois de même dans un certain nombre de cas de pelade du cuir chevelu.

Il est bien évident qu'on observe en médecine des faits curieux de spécialisation microbienne telle que la tuberculose des os, et la tuberculose pulmonaire dues au même microbe, mais avec localisation propre à l'individu qui sont encore très mal expliqués. La symétrie de certaines lésions peut dans certains cas relever également de ces causes mal connues qui répartissent les lésions sur deux parties symétriques du corps. Il est difficile cependant de ne pas penser à la possibilité d'une action nerveuse dans cette disposition symétrique.

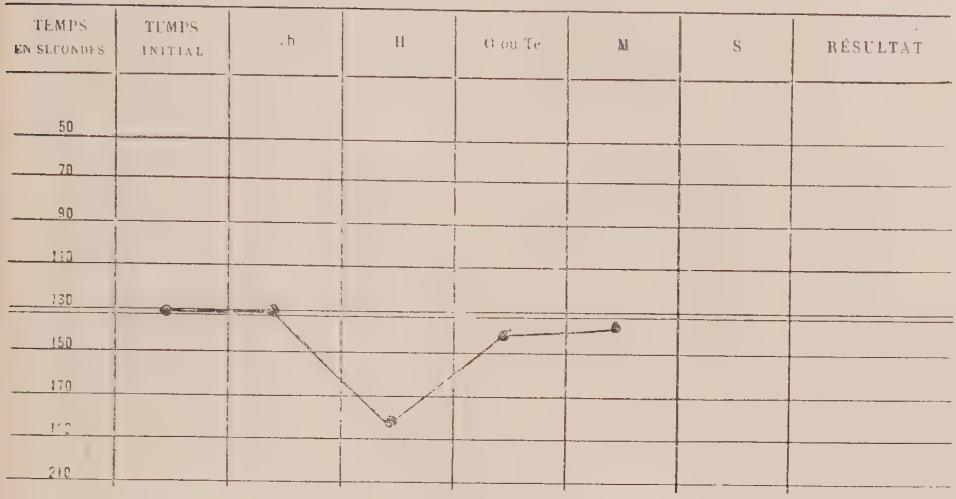
2° Il y a déjà quelques années qu'on se rend compte que la pelade semble être une affection végétative générale. S'agit-il de déséquilibre du système nerveux autonome ou de troubles de sécrétions internes ? Faut-il poser cette question ? Il y a une telle intrication dans les actions ner-

veuses végétatives et endocriniennes qu'on peut considérer les glandes à sécrétion interne comme la terminaison normale du système nerveux sympathique. Etant donné certaines observations cliniques on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt de deux systèmes régulateurs en relation, tantôt symbiosés, tantôt chargés de suppléer l'un à l'autre.

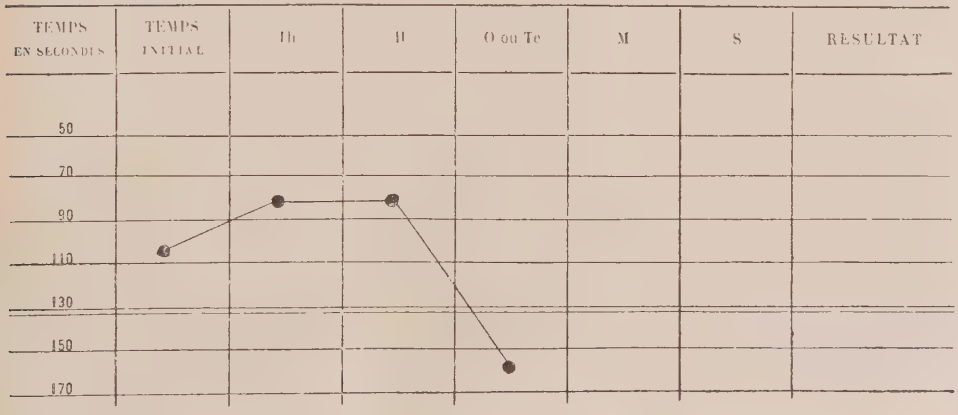
Trouve-t-on dans la pelade des troubles endocriniens bien définis ? Etant donné que dans l'hypothyroïdie on observe une chute des cheveux, des sourcils, on a pensé que la thyroïde était peut-être la glande en cause.

Depuis quelque temps, on sait qu'il est possible de mesurer par la spectrométrie directe le temps nécessaire pour observer la réduction des deux bandes de l'oxyhémoglobine en une bande de Stokes dans un territoire où la circulation est arrêtée. Le temps de fusion des deux bandes chronométré peut être déterminé directement chez l'individu, puis après excitation par la diathermie faible (Dausset et Ferrier) de chacune des glandes à sécrétion interne. On obtient ainsi une courbe qui indique immédiatement la glande en dysfonctionnement (chez l'individu normal les temps de réduction doivent se trouver sur une ligne droite. Cette ligne correspond à un temps de cent trente secondes). Le Docteur Irène Bernard a bien voulu déterminer ces courbes pour quelques-uns de nos malades et voici les résultats observés dans cinq cas :

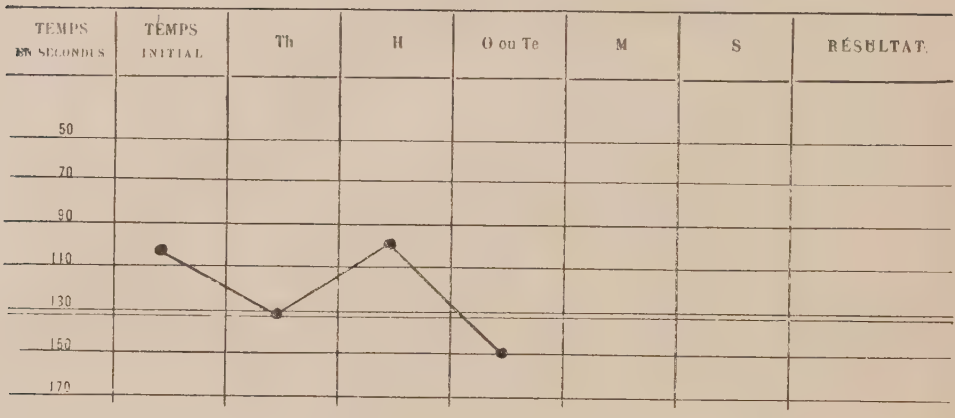
1er *cas.* — D... Yvonne : Dysfonctionnement hypophysaire.



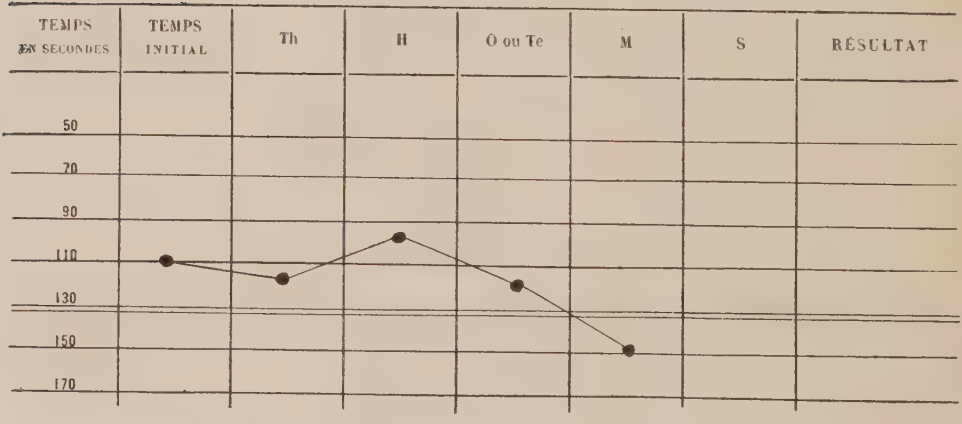
2e *cas.* — M... Joseph (obs. 5) : Dysfonctionnement hypophysaire et tyroïdien.



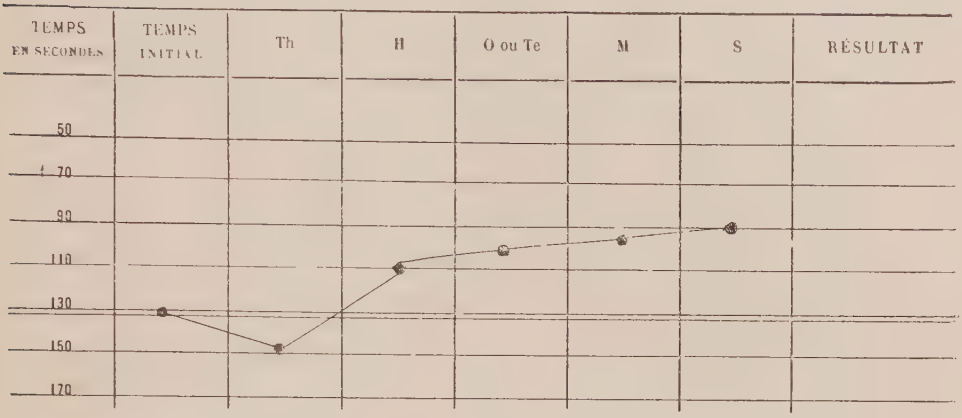
3e *cas.* — B... (obs. 2) : Dysfonctionnement thyroïdien.



4e *cas.* — L... A. (obs. 7) : Dysfonctionnement hypophysaire.



5e *cas.* — B... Yvonne (obs. 6) : Dysfonctionnement hypophysaire et thyroïdien.



La prédominance du dysfonctionnement semble porter sur les glandes hypophyse et thyroïde. Signalons en passant que le premier cas se rapporte à une histoire clinique assez curieuse. C'est celle d'une jeune femme présentant depuis de nombreuses années une décalvante complète et ayant eu deux grossesses. Elle a vu chaque fois, au cours de la gestation, vers le troisième ou le quatrième mois repousser ses cheveux au point de pouvoir se faire un chignon. Les cheveux sont retombés régulièrement une dizaine de mois après l'accouchement. Cette malade ne fut pas traitée par les ondes courtes et ne rentre pas dans nos observations. Les quatre autres comportent trois échecs : 2e, 4e et 5e cas, et un succès : 3e cas.

Notre premier malade qui fut un véritable succès ne fut pas examiné par la méthode de Ferrier, mais cliniquement (obs. 1); on décelait d'abord quelques signes légers d'hypothyroïdie et surtout une ébauche de syndrôme adiposo-génital.

Il est encore bien difficile de fixer telle ou telle glande comme responsable de la pelade. Le trouble initial, dans un certain nombre de cas, ne serait-il pas un déséquilibre vago-sympathique drainé vers le cuir chevelu ou les régions pileuses par une cause qui nous échappe encore ?

Un certain nombre de faits et d'observations plaident en faveur de cette origine purement nerveuse de certains cas de pelade. C'est ceux-là que nous guérirons peut-être le plus facilement par la physiothérapie.

a) Les recherches anatomo-pathologiques montrent souvent bien peu de lésions organiques et semblent en faveur de troubles d'intoxication ou d'innervation locale.

b) Jacquet, Lévy-Franckel n'ont-ils pas montré qu'au niveau des plaques peladiques on observe une hyperexcitabilité vaso-motrice avec érythème facile. Les sujets présentent en même temps une hyperexcitabilité du réflexe vaso-moteur. Tout semble donc indiquer un trouble de l'innervation sympathique.

c) Feit, Throne, Bindford et Myers ont trouvé chez les peladiques de l'angiospasme pouvant aller jusqu'à la disparition complète des capillaires au niveau des plaques alopéciques.

d) Monacelli et Montesano ont étudié chez des peladiques diverses réactions cutanées : scarification, application de solution d'adrénaline, de caféïne, de morphine. Ils ont toujours observé la prédominance des réaction du type ischémique avec un retard notable des phénomènes de vaso-dilatation. Ils en concluent que dans la pelade il existe au niveau des plaques une dystonie du système nerveux sympathique qui se traduit par une diminution des réactions habituelles vaso-motrices.

e) On a signalé des pelades après les grandes pyrexies.

Or le Docteur Pellegrino dans sa thèse (1) a bien montré que les ondes courtes appliquées pendant un temps suffisamment lent, même à faible dose, donnaient une inversion du réflexe oculo-cardiaque, c'est-à-dire une tendance au déséquilibre végétatif. Contenuci, de Marseille, avait déjà montré que dans les applications généralisées de diathermie on peut observer une inversion du réflexe oculo-cardiaque en fin de séance. Depuis lors, Pasteur Valery-Radot reprenant la question d'un point de vue plus général, a mis en évidence cette inversion du réflexe oculo-cardiaque dans tous les cas d'hyperpyrexie physique, chimique ou microbienne. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que ces hyperpyrexies qui déséquilibrent le sympathique puissent donner naissance à la pelade par drainage vers le cuir chevelu du déséquilibre général.

Cette conception de la possibilité de pelade par déséquilibre neuro-végétatif explique bien quelques résultats obtenus par certains traitements physiothérapiques.

Parès, de Montpellier, a publié un cas de pelade guéri par des irradiations générales d'ultra-violets. L'auteur pensait que les ultra-violets agissant sur cette malade en dénutrition avaient permis la fixation de certains éléments favorisant les sécrétions des glandes à sécrétion interne. Or Duhem, Biancani et Huant ont montré récemment l'action des ultra-violets sur le sympathique. L'étude de cette action a été de nouveau reprise en la complétant par Vincent (2).

---

(1) Pellegrino : Thèse de Bordeaux 1936.

(2) Vincent : Thèse de Bordeaux 1936.

CONCLUSIONS

1° Les pelades rebelles peuvent dans près de 50 % des cas être améliorées par les bains généraux d'ondes courtes.

2° Le traitement semble devoir être poursuivi d'autant plus longtemps que la pelade est plus ancienne.

3° Les grands décalvants n'ont jusqu'à présent donné aucune guérison.

4° Il serait souhaitable qu'un certain nombre de peladiques puissent être soumis aux ondes courtes après observation détaillée avant le traitement. On décèlerait peut-être ainsi des éléments de pronostic intéressants.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Bon à imprimer :

Vu : *Le Doyen :* P. MAURIAC.

Vu : *Le Président :* RÉCHOU.

Vu et permis d'imprimer.

Bordeaux, le 12 Mai 1937.

Le Recteur de l'Académie :

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas fait une bibliographie complète de la question. Nous ne rapportons que les ouvrages qui nous ont le plus servi.

ALBEAUX-FERNET. — Traitement des pelades. *Société de thérapeutique,* 9 décembre 1936.

BORY. — *Concours médical,* 21 juillet 1929.

— *Le Monde médical,* 1er septembre 1929.

FEIT, THRONE, BINDFORT et MYERS. — La pelade et ses rapports avec la rétention métallique. *Communication au Congrès de Copenhague.* 1930.

LÉVY-FRANCKEL. — Contribution au traitement des pelades. *Société de thérapeutique.* Séance du 13 janvier 1937.

MERENLENDER. — L'étiologie de la pelade. *Acta dermato-vénéreologica,* t. XIV, fasc., 5-6 décembre 1933.

MONACELLI et MONTESANO. — *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCVII, n° 39, 30 septembre 1933.

PARÈS. — Montpellier : *Archives d'E. M. et de Physio,* février 1926, p. 79 et 80.

PETGES et WANGERMEZ. — Sur quelques cas de pelade traités par les ondes courtes. *Société de Radiol. du Sud-Ouest.* Séance de janvier 1935.

SEZARY et DELZANT. — Pelade grave et hyperthyroïdie. *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.* — 14 janvier 1937.